PARIJS

Année 1973 N°

UNIVERSITE RENE DESCARTES

FACULTE NECKER-ENFANTS-MALADES

31

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre BONNEAU

NE LE 27 SEPTEMBRE 1944 A RENNES

Presentée et soutenue publiquement le 1973

SUR QUELQUES DIFFICULTES DE DIAGNOSTIC

EN PATHOLOGIE PULMONAIRE

A PROPOS DE 8 OBSERVATIONS PERSONNELLES

PRESIDENT : MONSIEUR BROUET, PROFESSEUR.

Editions de l'A.G.E.M.P.

8, Rue Dante - PARIS Ve

Editions de l'A.G.E.M.P.
8, Rue Dante - PARIS Ve

Année 1973 N°

UNIVERSITE RENE DESCARTES

FACULTE NECKER-ENFANTS-MALADES

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre BONNEAU

NE LE 27 SEPTEMBRE 1944 A RENNES

Presentée et soutenue publiquement le 1973

SUR QUELQUES DIFFICULTES DE DIAGNOSTIC EN PATHOLOGIE PULMONAIRE

A PROPOS DE 8 OBSERVATIONS PERSONNELLES

PRESIDENT : MONSIEUR BROUET, PROFESSEUR.

Editions de l'A.G.E.M.P.

8, Rue Dante - PARIS Ve

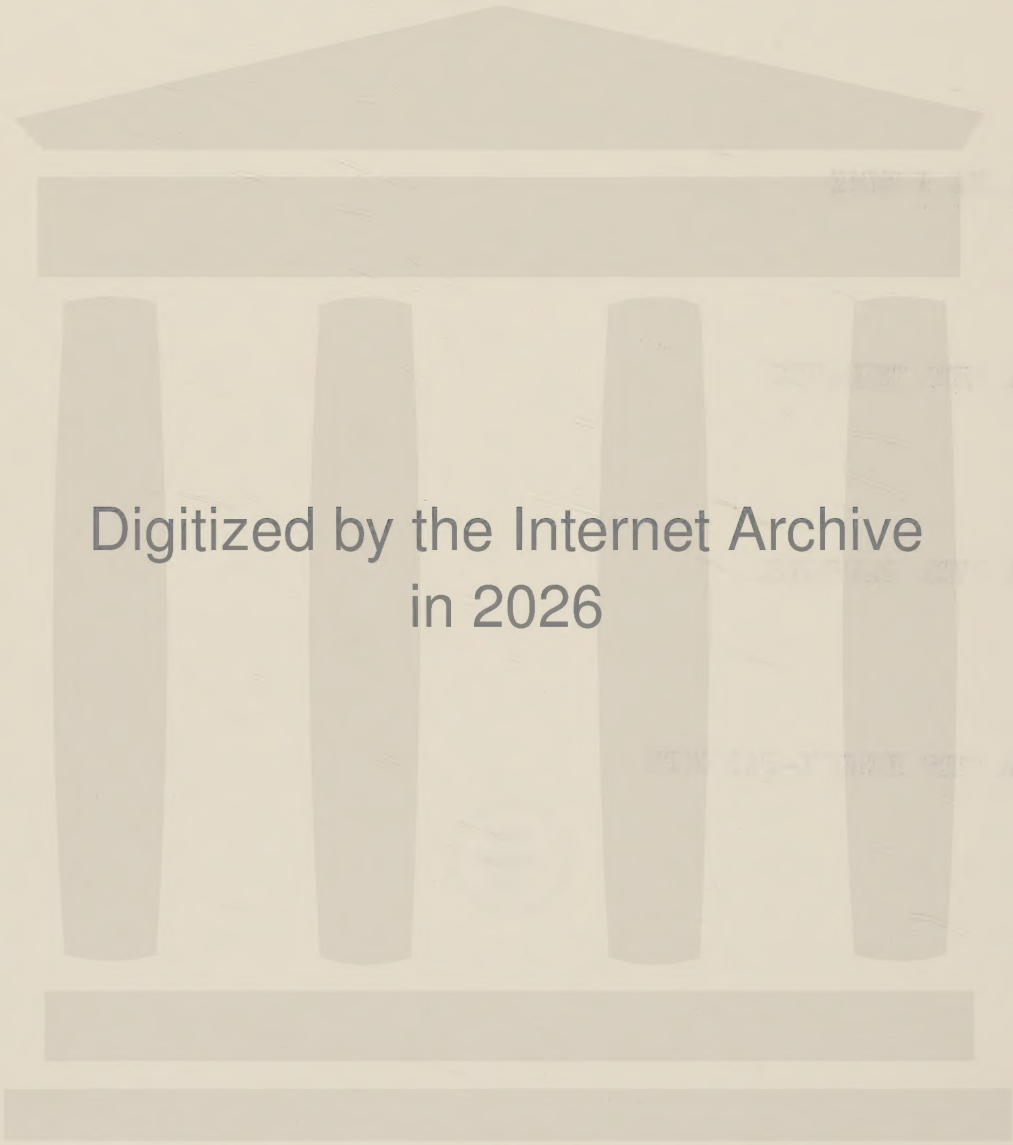
UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548020_0002

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BROUET

qui m'a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette
thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RYMER

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chef de clinique à la Faculté
Ancien Médecin Assistant des Hôpitaux
de Paris
Chef du Service de Pneumophtisiologie
de l'Hôpital de Rambouillet

qui m'a reçu dans son service, et à qui j'exprime ma profonde reconnaissance.

SUR QUELQUES DIFFICULTES D;

DIAGNOSTIC EN PATHOLOGIE

PULMONAIRE

(A propos de huit observations personnelles)

I N T R O D U C T I O N

La fréquence sans cesse grandissante du cancer broncho-pulmonaire, sa survenue chez des sujets de plus en plus jeunes n'ayant parfois pas dépassé la quarantaine, son polymorphisme clinique, la banalité de son expression et les difficultés de son diagnostic, nous conduisent à l'avoir toujours présent à l'esprit, sans attendre la symptomatologie clinique révélatrice. L'appréhension du médecin est habituellement telle que c'est souvent ce diagnostic qui est soulevé en premier, même si les images sont peu évocatrices d'emblée.

Cette crainte, conduit fréquemment à une thoracotomie exploratrice (en l'absence de confirmation bronchoscopique et histologique) et on sait qu'il

faut à ce point de vue être"raisonnablement osé".

Cette démarche intellectuelle reste juste et vraie, mais fort heureusement, il existe aussi à côté des faux "aspects bénins", des "faux aspects malins".

Nous avons eu l'occasion d'en observer quelques cas dans le Service de notre Maître, le Docteur RYMER, à l'hôpital de Rambouillet.

C'est eux, que nous nous proposons d'exposer et d'analyser dans le présent travail.

OBSERVATION N° I

Monsieur H.... 52 ans, est adressé dans le service par son médecin traitant en raison de la persistance sous antibiothérapie, d'une pneumopathie sub-aiguë de la base droite.

Les troubles avaient commencé huit jours auparavant, par une douleur sous-mamelonnaire, entrainant une gène respiratoire. Il avait alors été traité par Terrarycine, Peni-Strepto et Gentalline.

A l'age de I5 ans, ce malade aurait présenté une affection pulmonaire mal cataloguée, sans que l'on ait de notion précise de tuberculose à cette époque.

Il s'agit par ailleurs, d'un grand fumeur, (plus de 30 cigarettes par jour) et d'un éthylique, (plus de 2 litres de vin par jour).

A l'entrée, le malade est modérément fébrile, et on retrouve la notion d'un discret amaigrissement récent, accompagné d'une anorexie.

La toux ramène une expectoration sale et légèrement hémoptoïque. La gène respiratoire est modérée.

L'auscultation pulmonaire permet d'entendre des râles bulleux disséminés dans les deux champs.

En dehors d'un foie un peu augmenté de volume, le reste de l'examen physique est normal.

La radiographie pulmonaire révèle une opacité para-cardiaque droite, noyant le hile, doublant le contour du coeur, dense, assez homogène, de contour très irrégulier, envoyant des prolongements fins dans le parenchyme sain, hautement suspecte d'un processus mitotique. Cette image est confirmée par la tomographie.

La recherche de Bacilles de Koch dans l'expectoration est négative, tant à l'examen direct, qu'à homogénéisation, et le restera aux cultures.

La cytologie répétée à plusieurs reprises ne met pas en évidence de cellules néoplasiques dans les crachats ; il s'agit d'une expectoration muco-

purulente, sans aucun aspect suspect de malignité.

La bronchoscopie montre, à droite, les bronches du Nelson et des segments postérieurs de la pyramide basale très rétrécies, rouges, indurées ; celles des para-cardiaque et de l'antéro-externe sont normales. L'aspect bronchoscopique est donc très suspect d'un processus malin du Nelson principalement.

Cependant, l'histologie de la biopsie bronchique conclut à une bronchite chronique irritative, sans caractère tumoral au niveau du fragment prélevé. La cytologie de l'aspiration bronchique ne révèle nulle part de caractère suspect.

La scintigraphie pulmonaire à l'iode est négative ; celle au mercure est positive, au niveau de la base droite, avec une fixation semblant diffuser au hile, l'index est de :

I,37 en incidence postérieure
I,6 en incidence antérieure.

Cette fixation "limite" a été discutée et admise seulement avec réserve, du

fait de la proximité du foie. L'évolution ultérieure a confirmé cette façon de voir.

Le bilan à la recherche d'une néoplasie primitive est négatif :

- Le transit gastro-duodénal et le lavement baryté ne montrent pas d'image de lésion organique.
- Il en est de même pour l'urographie intra-veineuse.
- Sur le tracé électroencéphalographique n'apparaissent que des perturbations insuffisantes pour évoquer l'existence d'un foyer lésionnel.

Sous l'influence du traitement antibiotique, la température revient à la normale, le syndrome fonctionnel (toux et expectoration abondante) s'est amendé. L'état général s'est amélioré, l'image radiographique s'est amenuisée d'une façon notable. Cependant, malgré la poursuite du traitement antibiotique elle reste pathologique et inquiétante.

Une deuxième bronchoscopie est alors pratiquée : elle met en évidence la permanence des anomalies déjà constatées :

- La lobaire inférieure est rétrécie, et déjetée en dehors.
- L'orifice Nelsonien est sténosé et infiltré et présente un petit bourgeonnement sur sa lèvre inférieure, enfin, il existe un petit bourgeon sur la face postérieure de l'origine du tronc de la pyramide basale qui, de plus, est très rétréci et infiltré.

On réalise l'ablation du bourgeon au cours de la biopsie.

Histologiquement, la biopsie a intéressé un lambeau de paroi bronchique, dont l'épithélium normal ou desquamé, repose par l'intermédiaire d'une vitrée irrégulièrement épaissie, sur un chorion tantôt oedémateux, tantôt scléreux. La sclérose dissocie les ilôts glandulaires qui apparaissent atrophiques.

Les produits d'aspiration sont avant tout constitués par du sang, avec quelques filaments de mucus, et quelques amas de cellules bronchiques à morphologie normale.

L'examen anatomo-pathologique est donc cette fois encore négatif.

L'électrocardiogramme est normal.

La fonction respiratoire et les gaz du sang sont, à peu de choses près, normaux.

Cependant, devant l'aspect de la radiographie et de la bronchoscopie, le résultat de la scintigraphie, le contexte clinique (52 ans, grand fumeur) on décide d'intervenir chirurgicalement.

On est amené à pratiquer une lobectomie inférieure droite, malgré l'absence de lésion tumorale.

Confirmant les données macroscopiques, l'étude microscopique des différents fragments prélevés sur cette pièce de lobectomie, n'objective aucune prolifération épithéliale maligne ; l'arbre bronchique ne montre pas d'atypie de son revêtement épithélial. Les phénomènes inflammatoires sont discrets. Les ganglions péri-bronchiques sont hyperplasiques, anthracosiques. Le parenchyme pulmonaire présente des petits foyers

d'alvéolite macrophagique avec des dépôts d'anthracose. Les phénomènes congestifs sont particulièrement marqués au niveau du Nelson.
Certains territoires sont le siège d'un emphysème relativement discret.
Aucune lésion inflammatoire spécifique ni prolifération épithéliale maligne, ne sont mises en évidence ; par ailleurs, on note la présence d'une alvéolite macrophagique avec des foyers emphysémateux.

L'évolution immédiate et ultérieure est favorable.

Actuellement, après un recul de plus d'un an, le malade va bien.

Au total, un homme de 52 ans, grand fumeur présentait une image latéro-cardiaque droite éminemment suspecte. L'aspect bronchoscopique renforçait nos craintes. Malgré l'histologie négative, le diagnostic de cancer nous paraissait très probable. L'intervention a montré fort heureusement qu'il n'en était rien.

OBSERVATION N° 2

Monsieur X.... homme de 6I ans, présente depuis une dizaine de jours, un petit épisode respiratoire, fait d'un point de côté modéré, à peine gênant, avec toux sèche, un léger mouvement fébrile autour de 37° 5, peu durable d'ailleurs.

Il est ainsi conduit à se faire faire une radiographie pulmonaire. Celle-ci met en évidence une opacité dense, discrètement lobulée, du hile droit, dont la survenue chez un fumeur, fait d'emblée naître des craintes quant à sa nature.

Les tomographies confirment cette image la précisent et révèlent, en outre, l'existence de quelques nodules épars à proximité du hile mais en plein parenchyme pulmonaire.

L'examen clinique est entièrement négatif, et le demeurera, ainsi que toutes les investigations complémentaires sauf la bronchoscopie.

Celle-ci montre un éperon lobaire supérieur droit épaissi, une muqueuse rouge, tomentueuse, un peu boursouflée.

La biopsie s'avérera négative.

Le diagnostic de néoplasme est fortement redouté, et c'est uniquement pour des raisons extra-médicales, que l'intervention d'abord décidée, est retardée, et finalement remise du fait de l'amorce d'une régression, sous l'influence d'un traitement antibiotique adéquat.

L'évolution favorable se poursuit, et l'image radiologique se normalise au bout de deux mois environ. Elle se maintient quatre ans après, son effacement signant ainsi largement une guérison définitive.

En somme, pneumopathie droite, d'allure inquiétante par son aspect radiologique et bronchoscopique, survenue chez un homme de 6I ans, fumeur et

chez qui on pouvait même craindre le dépassement du stade chirurgical.

L'évolution éminemment favorable infirme cette impression fâcheuse.

OBSERVATION N° 3

Monsieur B.... 45 ans, est adressé dans le service par son médecin traitant pour bilan d'une image para-hilaire droite, découverte à l'occasion d'un examen systématique.

Des antécédents, on retient que cet ancien fumeur, est un "bronchiteux" chronique qui tousse et expectore toute l'année, mais surtout l'hiver et ce, depuis 4 à 5 ans.
Parallèlement, une dyspnée d'effort s'est installée progressivement, sans doute en partie liée à de l'embonpoint.
Ce malade, actuellement gardien vigile depuis trois ans, était auparavant plâtrier pendant vingt ans.

Fait digne d'intérêt, un de ses enfants présente l'année précédente un virage de cuti-réaction. Cette primo-infection a été traitée sans que le père subisse un contrôle phtisiologique.

A l'entrée dans le service, on cons-

tate une toux avec expectoration modérée. Il n'existe ni anorexie, ni amaigrissement, ni température. L'état général est parfaitement conservé, tout juste note-t-on une certaine asthénie.

L'examen physique pulmonaire est absolument normal, il en est de même des autres organes. Seul, le foie est un peu gros, en rapport sans doute, avec une imprégnation éthylique.

La radiographie pulmonaire montre une opacité du champ droit localisée au niveau du segment axillaire et du segment ventral du lobe supérieur (profil).

Les tomographies révèlent que cette opacité est très étendue, antéro-postérieurement, puisqu'on la retrouve sur les coupes 6 à I4 cm, avec un maximum de netteté aux alentours de la coupe I2.

Les réactions tuberculiniques sont négatives à deux reprises, confirmant les tests antérieurement pratiqués.

La recherche de bacilles de Koch est

négative, tant aux examens directs et homogénéisation qu'aux cultures qui ne pousseront pas.

La cytologie de l'expectoration montre des plages fibrino-mucoïdes avec des éléments inflammatoires et de nombreux germes. Nulle part, il n'est mis en évidence d'éléments suspects.

La bronchoscopie visualise une muqueuse rouge et inflammatoire dans l'ensemble de l'arbre bronchique droit ; la bronche lobaire est oedémateuse et rétrécie ; l'aspiration fait saigner très facilement.

La biopsie bronchique ramène des lambeaux épithéliaux épars, mêlés de plages fibrineuses et hémorragiques :

- Le tissu conjonctif est visiblement fortement remanié, à la fois par de la fibrose, et par un infiltrat inflammatoire lympho-plamocytaire en nappes.
- Nulle part, on ne voit de disposition folliculaire de nature tuberculeuse.
- Par endroit, se trouvent en surface

des zones de métaplasie franche, mais les noyaux conservent une différenciation correcte, sans élément de malignité visible à ce niveau.

- On conclut à un processus inflammatoire franc, épaississement de l'épithélium avec métaplasie sans image cancéreuse.

Le produit d'aspiration, extrêmement pauvre est constitué de quelques rares éléments inflammatoires et de cellules malpighiennes, il n'est observé aucun aspect évocateur de malignité.

La scintigraphie pulmonaire au mercure est négative.

Une investigation complémentaire générale est entreprise : le transit gastro-duodénal ne montre pas d'image d'altération pariétale, il en est de même de l'oesophage. On retient un léger élargissement du cadre duodénal avec aspect curviligne du deuxième duodénum, sans image d'empreinte extrinsèque, pouvant néanmoins suggérer une atteinte possible de la tête du pancréas.

L'étude de la ventilation pulmonaire

est très satisfaisante. Le tracé spirographique est moyennement restrictif. Le coefficient de Tiffeneau est normal. Le V.E.M.S. est supérieur à 2 litres. Les gaz du sang sont normaux. Il en est de même du tracé électrocardiographique.

La décision opératoire est prise ; la thoracotomie latérale droite met en évidence d'une part une infiltration très dure, qui occupe le territoire ventral supérieur, et la corne du lobe moyen, d'autre part, de volumineuses adénopathies de consistance pierreuse dans le hile pulmonaire, dans le médiastin et même à la face externe du péricarde.

On pratique divers prélèvements aussi bien sur les ganglions, que sur le parenchyme pulmonaire. Il semble s'agir d'une silicose.

L'examen histologique va dans le même sens :

- Le fragment prélevé au niveau de la scissure comporte des lamelles de collagène épaisses, hyalinisées, prenant parfois un aspect tourbillonnant. On y rencontre de rares fibroblastes écrasés.

- Le ganglion péri-cardiaque ne montre pas de structure lymphoïde reconnaissable. Il est en effet constitué par des formations lobulées tassées les unes contre les autres, faites d'une substance hyaline acellulaire avec des zones de calcification très marquées et présente d'innombrables cristaux.
- A la périphérie de ces formations nodulaires, on note de nombreuses formations sarcoïdosiques dont certaines sont centrées par un cristal.
- Le fragment rétro-bronchique à un aspect pratiquement identique, mais les cristaux y sont plus nombreux. La parenchyme pulmonaire est méconnaissable, sauf à la périphérie, où l'on retrouve encore des images de bronchioles.
- Le reste du parenchyme respiratoire est tantôt occupé par des plages sclérо-hyalines ponctuées de cristaux, tantôt on y rencontre d'innombrables formations sarcoïdosiques.

Au total, aucune image de malignité n'est mise en évidence. On conclut à une pneumoconiose probable.

Les prélèvements sont confiés au Labo-

ratoire du Centre d'Etudes et de Recherches des Charbonnages de France, dont voici le compte-rendu :

- Les lames ont été déparaffinées au Toluène à chaud, lavées à l'eau distillée, pour éliminer une partie du fixateur, puis incinérées à 150°, dans un four à plasma d'oxygène.
- Le diagramme de diffraction obtenu par les rayons, indique la présence de sulfate de calcium $CaSO_4$, d'un peu de quartz identifiable par ses 2 raies principales et peut-être d'un peu de pyrophyllite.
- Après incinération, les résidus apparaissent comme non homogène : la quasi totalité de leur surface ne laisse pratiquement pas de cendres, mais une petite zone de 1 à 2 mm sur quelques dizièmes de mm, laisse un dépôt blanc relativement dense.
- Un diagramme de diffraction aux rayons X a été effectué sur le résidu d'incinération des parties peu cendreuses et un autre sur celui de la petite zone, nettement plus cendreuse.

  . Le premier diagramme comorte essentiellement, en dehors des raies dues à un reste de fixateur histologique,

la raie principale du quartz, avec une intensité très faible.

. Le deuxième diagramme correspond à un mélange d'apatite et de Whitlockite, montrant ainsi que la petite zone plus cendreuse est une zone calcifiée.

En conclusion, ce prélèvement contient extrêmement peu de minéraux exogènes, le seul identifié avec certitude étant le quartz, qui existe en très faible quantité.
La diffraction des rayons X n'apporte pas de confirmations du diagnostic de pneumoconiose, qui nous avait d'ailleurs surpris.

A la lumière de cette investigation spectrographique, on effectue une nouvelle lecture histologique.

- Il semble que l'on puisse revenir sur l'histo-diagnostic initial. Celui de tuberculose ancienne très remaniée, associée à une sarcoïdose récente pouvant finalement et raisonnablement être retenu : il est parfaitement compatible avec la clinique.

Cette observation qui a nécessité des examens histologiques itératifs, nous a laissé longtemps perplexes ; elle illustre

bien les difficultés que peu rencontrer l'anatomo-pathologiste.

Le malade est revu, deux, quatre et six mois après l'intervention. Il ne présente aucune symptomatologie fonctionnelle, l'état général est pleinement satisfaisant. Il l'est toujours actuellement, un an presque après l'intervention.

Homme de 45 ans, ancien fumeur, porteur d'une opacité du lobe supérieur droit, découverte à l'occasion d'un examen systématique. On envisage d'abord le diagnostic de tuberculose, l'un de ses enfants ayant présenté dans l'année un virage de sa cuti-réaction. Cependant ce diagnostic ne se confirme pas : l'examen de l'expectoration est et restera négatif ; les tests tuberculiniques sont négatifs. La bronchoscopie montre un aspect anormal au niveau de la bronche lobaire supérieure droite. Nous sommes ainsi fortement orientés vers le diagnostic d'un processus néoplasique qui nous conduit à l'intervention. Celle-ci, et l'histologie des prélèvements effectués, tout en éliminant le diagnostic d'une affection maligne, ne nous permettent pas de préciser l'étiologie exacte.

OBSERVATION N° 4

Monsieur C.... 44 ans, sujet espagnol est adressé dans le service, pour bilan d'une opacité du lobe supérieur droit (segment dorsal).

L'image a été découverte il y a quelques mois, au cours d'un examen systématique annuel.
Elle est traitée, sans succès, en Espagne, par de la Pénicilline orale, et des Tétracyclines injectables, puis en France, par son médecin, par d'autres antibiotiques.

On ne relève, chez ce gros fumeur, aucun antécédent particulier, en dehors d'une bronchite itérative. Le malade est apyrétique, en excellent état général ; il ne se plaint de rien.

L'examen clinique est absolument normal.

Les radiographies pulmonaires, montrent une opacité vaguement triangulaire du

lobe supérieur droit, nettement visible sur le profil et correspondant au segment dorsal. Il s'y associe une légère réaction pleurale de la base. Ces images sont confirmées et précisées par les tomographies.

Les réactions tuberculiniques sont négatives.

L'examen de l'expectoration est et restera négatif.

Les investigations virologiques sont négatives, sauf pour la grippe A, qui est douteuse.

La cytologie de l'expectoration, pratiquée trois jours de suite ne décèle aucun caractère cellulaire suspect : elle note seulement la présence de larges foyers histiocytaires et polynucléaires, ainsi que celle d'ilôts tissulaires nécrotiques avec des amas de germes.

La bronchoscopie révèle une bronche lobaire supérieure droite, rouge inflammatoire, rétrécie en partie, mais ne présentant pas de bourgeon franchement visible. Néanmoins, l'éperon lobaire

supérieure-tronc intermédiaire est infiltré, hyper-vascularisé, arrondi, hautement suspect.

La formule sanguine comporte une leucocytose autour de IO.000, dont 78 % de polynucléaires, sans anémie. La vitesse de sédimentation est normale.

La scintigraphie utilisant le test à la Bléomycine marquée au Cobalt est négative.

L'histologie de la biopsie bronchique met en évidence un épithélium franchement épaissi et leucokératosique, reposant sur un tissu conjonctif fibreux, contenant çà et là, quelques éléments inflammatoires. Cette différenciation métaplasique, avec une leucoplasie de surface, indique des phénomènes irritatifs et des signes dysplasiques, mais ne montre pas de signes de malignité. Il n'y a pas non plus d'images en faveur d'une tuberculose.

Il s'agit donc de métaplasie et de dysplasie épithéliale, mais sans signe de malignité décelable.

Le produit d'aspiration est très pauvre, il contient des éléments histiocytaires, de la fibrine, du mucus et quelques rares macrophages.

On ne trouve nulle part d'image suspecte.

Une nouvelle bronchoscopie faite quinze jours plus tard, retrouve à l'entrée de la lobaire supérieure droite, sur sa face postérieure, un petit bourrelet parfaitement individualisé que l'on biopsie. L'inflammation, qui était visible antérieurement, l'est beaucoup moins.
On ne voit rien d'anormal au niveau de la subdivision segmentaire.

L'histologie de la biopsie fait apparaitre une muqueuse bronchique stratifiée et métaplasique sur une partie de son étendue. La membrane basale sous-épithéliale est toujours bien individualisée. La sous-muqueuse contient quelques infiltrats inflammatoires, des dépôts de substance éosinophile fibrineuse, et un ou deux canaux glandulaires un peu dilatés.

L'aspiration bronchique a ramené du mu-

cus, un peu de fibrine, quelques hématies, des éléments inflammatoires, des histiocytes, et quelques cellules bronchiques plus ou moins altérées.
Les frottis ont un aspect un peu différent : les étalements sur lames contiennent une sérosité basophile, des hématies, des leucocytes, quelques macrophages alvéolaires et quelques éléments d'origine bronchique.

En conclusion, la biopsie, l'aspiration et le frottis bronchique ne renferment pas d'image cellulaires suspecte de malignité.

Evolution : traité par Tétracycline, le malade a vu son état radiologique s'améliorer, et au bout d'un mois d'hospitalisation le nettoyage était pratiquement total. Cet état se maintient depuis.

Nous étions donc en présence, d'un homme de 44 ans, gros fumeur, porteur d'une opacité segmentaire, trainante, du lobe supérieur droit, et dont la bronchoscopie était hautement suspecte.

Le pire était envisagé, une thérapeutique

antibiotique ayant été poursuivie durant de longues semaines, sans succès. L'administration prolongée, à de très fortes doses d'un autre antibiotique a amené l'involution complète, qui se maintient, des anomalies radiologiques.

OBSERVATION N° 5

Monsieur G.... 69 ans, est suivi régulièrement pour infection respiratoire à répétition chez un bronchiteux chronique.

Il est adressé dans le service par son médecin traitant, en raison de l'aggravation depuis un mois de sa dyspnée et de l'apparition de paroxysmes nocturnes.

On ne retrouve rien de particulier dans ses antécédents.

Il tousse et crache relativement peu ; l'état général est bon.

L'auscultation pulmonaire montre de très nombreux râles sibilants bilatéraux. L'examen somatique est normal, mais on note un débord hépatique de trois travers de doigt, et on perçoit le pôle inférieur de la rate.

Par ailleurs, il existe au niveau de la nuque, une grosse masse sous-cutanée de la taille d'une mandarine, ferme sans être dure, non inflammatoire, sans

adhérences aux plans profonds, datant de plusieurs années et apparemment d'origine lipomateuse.

La radiographie pulmonaire de face révèle une opacité sous-claviculaire gauche, bien limitée, homogène, de la taille d'une amande, externe sur la radiographie de face. Cette opacité, supposée de nature pleurale, constatée chez un sujet de 69 ans, apparait suspecte.

Cette suspicion est d'autant plus grande qu'elle a doublé en I8 mois comme en témoigne un film antérieur, heureusement retrouvé.

Les tomographies mettent en évidence sa localisation aux alentours de la coupe 9.

La scintigraphie pulmonaire au mercure est négative.

La scintigraphie aux macroagrégats à l'iode I3I, montre une hypovascularisation dans la zone tumorale. Il existe par ailleurs, une diminution de la circulation capillaire aux bases, en rapport avec l'insuffisance respiratoire.

L'examen fonctionnel pulmonaire objective un tracé mixte, plus obstructif que restrictif : le coefficient de Tiffeneau est à 43 % ; le V.E.M.S. autour d'un litre trois, est juste acceptable sur le plan chirurgical.

Ce contexte étiologique nous détermine à intervenir.

L'opération découvre la tumeur située dans le 4ème espace gauche ; elle est du volume d'une noix, extra-pleurale, non adhérente. Son ablation est aisée. On s'attaque alors au très gros lipome de la nuque, qui oblige à poursuivre deux prolongements profonds dont l'un en direction du sommet de la cage thoracique ; il s'avère sans connection avec le lipome du 4ème espace.

Les suites opératoires sont simples et sans incident.

L'examen anatomo-pathologique confirme qu'il s'agit d'un lipome sous-pleural.

On est en présence d'une volumineuse masse lipomateuse limitée par une fine capsule fibreuse et dont les lobules

adipeux, traversées par des cloisons fibreuses présentant des mitoses, sont dilatés et congestifs avec suffusions hémorragiques et oédémateuses et peu d'infiltrats inflammatoires.

En ce qui concerne la tumeur de la nuque, l'histologie apporte la preuve de la nature lipomateuse.

Ce malade est revu deux ans plus tard : il va bien.

En somme, un homme de 69 ans est porteur d'une opacité pulmonaire gauche, plus ou moins arrondie, découverte à l'occasion d'un examen motivé par l'accentuation d'une dyspnée ancienne.

Notre inquiétude est d'autant plus grande, que l'image avait doublé en dix huit mois.
L'intervention a révélé, qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne et non d'une néoplasie pulmonaire ou pleurale.

OBSERVATION N° 6

Madame J.... 62 ans, est adressée dans le service par son médecin traitant, en raison de la découverte d'images floconneuses persistantes, étendues, bilatérales, sur des radiographies pulmonaires effectuées au cours d'un épisode broncho-pulmonaire sub-aigu, peu fébrile et trainant sous antibiothérapie.

Dans les antécédents, rien à signaler ; on note seulement un fibrome qui a nécessité une hystérectomie, à l'âge de 5I ans.

Le début de la maladie est représenté par un épisode respiratoire sub-aigu, d'allure banale, traité depuis quinze jours par du Totapen. La persistance d'un foyer de râles bulleux à la base droite fait pratiquer une radiographie pulmonaire, qui met en évidence des opacités diffuses et multiples des deux bases.
Devant l'extension des images radiologiques sous antibiothérapie non spécifique, son médecin envisage la pos-

sibilité d'une mitose pulmonaire secondaire.

L'examen d'entrée montre qu'il s'agit d'une malade apyrétique, présentant un fléchissement de l'état général, de l'asthénie et un amaigrissement de quatre kilos en un mois.

Les signes fonctionnels se réduisent à une toux et une expectoration banales. Par ailleurs, l'examen physique est normal.

La radiographie pulmonaire visualise des opacités floconneuses, non homogènes, étendues, mal limitées, impressionnantes, prédominant aux deux bases, faisant craindre une néoplasie secondaire.

La recherche de cellules néoplasiques dans les crachats est pratiquée à trois reprises. Nulle part, il n'est relevé d'aspect cellulaire suspect.
Les expectorations sont essentiellement constituées par des nappes fibrino-mucoïdes, au sein desquelles on observe quelques amas de cellules malpighiennes et surtout des éléments inflamma-

toires polynucléaires, et histiocytes.

Les réactions virologiques effectuées à dix jours d'intervalle sont négatives.

La bronchoscopie met en évidence un arbre bronchique normal.

On fait une biopsie de la carène dont l'histologie est la suivante :

- Le fragment ramène des lambeaux d'une muqueuse parfaitement différenciée, mais assez grêle, avec une sous muqueuse oedématiée.
- Des lambeaux musculaires sont visibles, ainsi que de nombreux éléments glandulaires muco-secrétant, assez hypertrophiés, mais non tumoraux. Nulle part, on ne rencontre d'image suspecte, ni d'infiltrat cellulaire permettant de penser à une tuberculose.
- On conclut à l'absence de lésion suspecte de cancer ou de tuberculose.

L'aspiration bronchique correspondante est, elle aussi négative : il s'agit d'un produit d'aspiration assez pauvre, comportant essentiellement des nappes

fibrino leucocytaires au sein desquelles les rares éléments bronchiques observés ne présentent aucun aspect de malignité.

La scintigraphie au mercure, indique une positivité des deux cotés, surtout à gauche, avec possibilité de marquage médiastinal, l'index est de :

2 à gauche
I,8 à droite

La recherche d'un point de départ malin s'avère négative :

- L'examen oeso-gastrique montre l'existence d'une petite hernie hiatale, mais l'aspect oeso-gastro-duodénal est normal par ailleurs.
- Le lavement baryté met en évidence une progression régulière dans un cadre colique un peu long, et ne révèle pas de lésion organique suspecte.
- L'urographie ne décèle rien de particulier.
- Il en est de même des frottis cervicaux.

La malade a été mise sous traitement an-

tibiotique non spécifique, (Gentamycine deux fois par jour).

Nous en étions là de nos investigations, et de notre surveillance. Une radiographie pulmonaire de contrôle faite trois semaines plus tard, nous a réservé une heureuse surprise. En effet, une très substantielle amélioration s'est manifestée.

Cette amélioration radiologique et clinique s'est confirmée à un nouvel examen radiologique, huit jours plus tard, devenu sub-normal.

La malade quitte le service quelques jours plus tard, avec le diagnostic de pneumopathie sub-aiguë bilatérale, résolutive sous antibiothérapie non spécifique et non cataloguée étiologiquement.

La malade est revue en consultation deux mois plus tard.

- Le nettoyage radiologique s'est encore poursuivi, avec la seule persistance d'une discrète opacité de la base gauche.
  Il n'existe par ailleurs aucun signe

fonctionnel.

- Quatre mois plus tard, la radiographie est normale, et la malade va parfaitement bien.

  La guérison est toujours à l'épreuve du temps.

Il s'agit, en somme d'une femme de 62 ans, qui présente des images pulmonaires bilatérales étendues, qui font évoquer, à priori, un processus mitotique secondaire.

L'évolution s'est faite, vers le nettoyage complet, sous l'influence d'un traitement antibiotique intense.

OBSERVATION N° 7

Monsieur CO .... 57 ans, peintre en batiment, est transféré du service de Médecine, pour une pneumopathie fébrile.

Il n'existe aucun antécédent particulier.

On retient cependant que c'est un fumeur invétéré (20 à 30 cigarettes par jour au moins).

On est en présence d'un malade qui se plaint d'une toux pénible, ne ramenant qu'une expectoration modérée. On note une anorexie non élective. La température est autour de 39°.

De l'examen pulmonaire, on retient une zone de matité située dans la moitié supérieure de l'hémi-thorax droit, respectant le sommet, au sein de laquelle la respiration est diminuée, sans râles.

Le reste de l'examen physique est nor-

mal : coeur, foie, rate, aires ganglionnaires normaux. Il en est de même du système nerveux.

La numération formule sanguine est normale.

L'électrocardiogramme est normal.

La radiographie pulmonaire de face révèle à droite une opacité axillaire et sus-axillaire, de densité optique faible ; de profil, l'image est beaucoup plus importante, allongée antéro-postérieurement, en large bande, bien limitée et correspondant aux segments basal, axillaire et à une partie du ventral.

Les réactions tuberculiniques sont négatives.

La bacilloscopie est et restera négative.

Le malade est soumis à une antibiothérapie massive, qui fait rapidement disparaitre les signes généraux et fonctionnels.

On pratique les examens complémentaires habituels.

Bronchoscopie : l'origine de la bronche lobaire supérieure droite apparait rouge et inflammatoire. Les subdivisions sont parfaitement perméables, on décèle cependant, un applatissement latéro-supérieur.

La cytologie de l'expectoration montre des éléments inflammatoires mélés à des cellules malpighiennes bucco-pharyngées. On note quelques hématies. Il n'est observé aucun élément suspect.

L'aspiration bronchique révèle l'existence d'élèments assez difficilement colorables, mais assez nombreux. On constate de nombreuses cellules bronchiques isolées ou en amas, conservant pour la plupart leur ciliation et leur aspect muco-secrétant. Il existe des histiocytes, des lymphocytes, quelques polynucléaires en nombre modéré. Cet aspect ne s'accompagne donc d'aucun caractère suspect. On conclut à une réaction inflammatoire hémorragique, non spécifique, sans image suspecte visible.

L'histologie de la biopsie bronchique met en évidence un épithélium strati-

fié présentant encore une différenciation cylindrique ciliée. Il repose sur un chorion fibreux parsemé de quelques éléments inflammatoires lympho-plasmocytaires.

Nulle part, il n'y a ici de caractère histologique suspect de malignité, ni aucun aspect d'inflammation spécifique. Il s'agit en somme, de remaniements inflammatoires chroniques et irritatifs, sans caractère suspect au niveau de ces prélèvements.

La scintigraphie pulmonaire à l'acétate de Mercure I97, montre que le rapport de fixation est de :

I,32 à 4 Heures

I,44 à 24 Heures

I,44 à 48 Heures

L'hyperfixation correspondant à l'image radiologique est insuffisante pour conclure à une lésion maligne, sans pour autant être normale.

Après un mois d'évolution, l'opacité pulmonaire est en diminution substantielle, mais reste encore importante.

Dans les semaines qui suivent, la lenteur de la tendance vers l'effacement devient inquiétante. Avant de décider d'intervenir, on procède à une nouvelle investigation endoscopique comportant une fibroscopie : elle ne permet pas de mettre en évidence de bourgeon franchement visible, par contre, les éperons de sub-division du lobe supérieur sont épaissis et inflammatoires.

La biopsie bronchique est recouverte par un épithélium bronchique très secrétant, reposant sur une sous-muqueuse, particulièrement oedémateuse, et surtout congestive, mais peu infiltrée d'éléments de l'inflammation subaiguë.

L'aspiration montre une grande quantité de mucus, des plages de polynucléaires, des lambeaux d'épithélium bronchique, et de nombreuses cellules à poussière. On a surtout la surprise de constater qu'il a été ramené au cours de cette aspiration un corps étranger, dont l'identification est en cours.

Quelques jours après cet examen endo-bronchique, une nouvelle radiographie pulmonaire fait apparaitre une très nette diminution de l'opacité pulmonaire, dont l'image est à peine visible de face. Il est vraisemblable que nous nous trouvons en présence d'un corps étranger intra-bronchique.

En somme, un homme de 57 ans, grand fumeur, présente une opacité segmentaire du lobe supérieur droit. Sa régression sous antibiothérapie est lente, et incomplète, éveillant notre suspicion. Cependant, l'ablation fortuite d'un corps étranger au cours d'un examen bronchoscopique amène une rétrocession rapide des anomalies radiographiques. Nous ne disposons malheureusement pas pour ce malade, d'un recul suffisant pour asseoir notre jugement.

OBSERVATION N° 8

Monsieur M.... 45 ans, sujet Polonais, est adressé dans le service par le Centre de Médecine de Dépistage, pour une image pleurale gauche.

On note de la toux et des douleurs thoraciques gauches apparues depuis deux mois, à la suite d'un épisode fébrile. Il y a perte de poids, quatre kilos, mais pas de fièvre.

Il s'agit d'un éthylique et d'un fumeur surtout (20 à 30 cigarettes par jour).

Toux et expectoration modérée, résument toute la symptomatologie fonctionnelle thoracique, chez ce bronchitique chronique tabagique.

Par ailleurs, le malade se plaint depuis deux mois, d'asthénie et d'anorexie.

Examen physique : rien de pulmonaire, coeur normal, système nerveux, foie et

rate normaux.

La palpation des aires ganglionnaires montre quelques ganglions inguinaux mobiles, indolores et non inflammatoires, ainsi qu'un ganglion axillaire gauche mobile, le tout apparemment sans signification particulière.

La radiographie pulmonaire met en évidence une grisaille de la base gauche avec comblement du cul de sac pleural ; mais deux ponctions pratiquées à trois jours d'intervalle ne ramènent pas de liquide.

Les tomographies pulmonaires confirment l'image pleurale et révèlent, en outre, l'existence d'une adénopathie hilaire gauche très nette, indiscutable. C'est bien là un élément capital.

La bronchoscopie note un épaississement de l'éperon lobaire supérieure-lobaire inférieure gauche.

Les réactions tuberculiniques sont positives (++).

La bacilloscopie est négative aux

examens directs et le restera aux cultures.

La recherche de cellules néoplasiques dans l'expectoration est faite à trois reprises : elle est vaine, on ne constate que la présence de cellules malpighiennes bucco-pharyngées, d'éléments inflammatoires et d'ilôts nécrotiques.

L'histologie de la biopsie du lobe inférieur gauche, montre un épithélium cylindrique de type respiratoire qui, à la partie haute, prend un caractère malpighien par métaplasie. Il recouvre une sous-muqueuse, un peu oedémateuse, congestive et ponctuée d'assez nombreux éléments de l'inflammation subaiguë. Le reste de la paroi ne présente pas d'anomalie.

L'aspiration est très abondante. Elle comporte des quantités importantes de mucus, de fibrine avec des nappes étendues de cellules à poussière, et quelques rares éléments épidermoïdes nettement carcinomateux. Elle conclut à un carcinome bronchique de type épidermoïde, vraisemblablement ulcéré.

La scintigraphie pulmonaire au Mercure

s'avère négative, ainsi que celle à la Bléomycine marquée au Cobalt.

L'électrocardiogramme est normal.

L'examen fonctionnel respiratoire met en évidence un tracé restrictif, type petit rapide, avec un coefficient de Tiffeneau supra-normal et un V.E.M.S. autour de trois litres.

Les gaz du sang sont normaux.

Cependant le résultat de l'ensemble de ces investigations nous conduit à pratiquer une thoracotomie gauche.

Lors de l'intervention, rien de net n'est perçu à la palpation. On fait une lobectomie inférieure gauche après bronchotomie.

L'examen histologique effectué sur les pièces d'exérèse aboutit aux conclusions suivantes :

- L'étude des prélèvements a montré un lobe inférieur constitué par un parenchyme pulmonaire dystrophique, soit atélectasique, soit emphysémateux. Mais les lésions siègent surtout au

niveau des bronches qui sont souvent extasiées, parfois dilatées et dont l'épithélium de bordure est hyperplasique, hyper-secrétant, avec des images de bronchite sub-aiguë chronique. En certains endroits, la bordure épithéliale bronchique est remaniée par une métaplasie épidermoïde, qui est parfois atypique, avec des noyaux dyskaryotiques, mais sans image d'envahissement carcinomateux.

- La recoupe bronchique présente le même aspect de bronchite sub-aiguë chronique, avec des plages de métaplasie épidermoïde, parfois atypique à cellules dyskaryotiques, sans image de dégénérescence néoplasique.
- Tous les ganglions examinés révèlent l'image d'une adénite sub-aiguë chronique banale, avec importante réaction des cellules réticulaires, sans image d'inflammation spécifique, ni de prolifération tumorale.

L'histologie est donc négative.

Deux mois après l'intervention le malade est revu en consultation :

- Il va bien cliniquement.

- Il n'existe, ni toux, ni expectoration, ni dyspnée d'effort.
- L'auscultation pulmonaire est normale à droite, tandis qu'à gauche, on note une diminution du murmure vésiculaire à la base en rapport avec les séquelles post-opératoires.

Il s'agit en somme d'un homme de 45 ans, grand fumeur, qui présente à la radiographie pulmonaire, mais surtout sur les tomographies une image hilaire gauche de haute suspicion. La bronchoscopie révèle un épaississement de l'éperon lobaire supérieur gauche.

Fait capital, la cytologie catalogue les cellules de l'aspiration en classe IV.
Cependant, à l'intervention, le cancer n'est pas retrouvé, et l'histologie reste muette.

L'histoire de ce malade représente en quelque sorte une "forme de passage" (nous nous excusons de l'abus de langage qu'est ce terme). Nous sommes en effet en droit de nous demander s'il s'agit d'une histologie d'interpréta-

tion difficile, ou d'un néoplasme qui
s'affirmera ultérieurement.

C O N C L U S I O N

Arrivés au terme de notre travail, nous pouvons le résumer ainsi :

Nous rapportons un certain nombre d'observations qui illustrent les données que nous avons exposées dans notre introduction. A savoir que certains contextes bénins ressemblent à s'y méprendre à des processus mitotiques. Quelques uns d'entre eux sont particulièrement démonstratifs : il s'agit de ceux qui ont conduit à l'acte sanglant.

Sur nos huit cas, pour lesquels la crainte du cancer était motivée,

- soit cliniquement,
- soit radiographiquement,

- soit bronchoscopiquement,
  (ces investigations se corroborant dans l'ensemble)
- soit une fois même histologiquement,

La crainte s'est finalement révélée non fondée, pour six d'entre eux, l'évolution tranchera pour les deux derniers.

Les déceptions diagnostiques en pathologie pulmonaire sont suffisamment fréquentes, pour qu'il nous ait semblé, non dénué d'intérêt, de rapporter quelques observations au masque peu engageant, mais d'issue heureuse.

B I B L I O G R A P H I E

. BROCARD (H) et VANNIER (R) Les formes pseudo-tumorales des pneumopathies infectieuses. Le poumon et le coeur. I964 XX N° 7.

. BERNARD E. et Coll. Un piège pour le diagnostic du cancer broncho-pulmonaire : la pneumopathie chronique densifiante.
Société Médicale des Hopitaux de Paris, I965, II6 (9).

. FOUQUET (S), CASTELAIN (G), DENIS (S) et DUSART (P) Possibilités du cytodiagnostic dans les tumeurs Pulmonaires.
Presse Médicale I964 72 N° 20.

. Thèse de CHOMY (I967) Moyens diagnostiques et approche analytique des cancers broncho-pulmonaires.

. VIDAL (J) et SALAGER (S) A propos d'erreurs de diagnostic concernant le cancer bronchique.
Marseille Médical I966, I03

TABLE DES MATIERES

. Introduction P.5

. Observations P.7

. Conclusion P. 55

. Bibliographie P. 57

Vu, Le Président de Thèse
Monsieur le Professeur BROUET

Vu, le Doyen de la Faculté
NECKER-ENFANTS MALADES
Monsieur le Professeur JEROME

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
R. MALLET